DU

TORTICOLIS OCCIPITO-ATLOÏDIEN

PAR

M. LE DOCTEUR DALLY

EXTRAIT DU BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE
numéros des 30 *octobre et* 15-30 *novembre* 1875

PARIS
LIBRAIRIE OCTAVE DOIN
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 2, RUE ANTOINE-DUBOIS

1876

DALLY



DU

TORTICOLIS OCCIPITO-ATLOÏDIEN

PAR

M. LE DOCTEUR DALLY

EXTRAIT DU BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE
numéros des 30 *octobre et* 15-30 *novembre* 1875

PARIS
LIBRAIRIE OCTAVE DOIN
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 2, RUE ANTOINE-DUBOIS

1876


LIBRARY

DU

TORTICOLIS OCCIPITO-ATLOÏDIEN

Quoiqu'il soit d'usage dans les classifications relatives aux torticolis de les distinguer en musculaire, articulaire, osseux, traumatique ou pathologique, intermittent ou permanent, il s'en faut que les signes cliniques qui les différencient soient établis avec netteté et certitude ; il s'en faut surtout qu'ils soient suffisamment connus. Et comme cette affection, sous sa forme chronique, n'est pas très-commune, l'opinion que le sterno-mastoïdien ou les scalènes antérieurs sont par leur contraction ou par leur rétraction les agents habituels de cette déformature est à peu près universellement admise en chirurgie. Il est bien rare que dans les observations relatives au traitement d'un torticolis, soit par la ténotomie, soit par l'électricité, soit par la gymnastique médicale, on tienne compte de toutes les circonstances qui peuvent avoir déterminé l'attitude vicieuse. Il semblerait que tout repose sur la contracture du sterno-mastoïdien.

Les pages qui suivent ont pour objet de montrer qu'il y a là une erreur funeste liée à une théorie discréditée, abandonnée de toutes parts et qui, par une circonstance accidentelle, règne encore dans ses applications aux torticolis et là seulement.

En effet, si le torticolis d'origine purement musculaire est fréquent, il guérit aisément. Le repos, le calorique, les courants continus en ont promptement raison et quand ils ne semblent pas aboutir à la guérison spontanée, quelques manipulations douces, quelques mouvements d'assouplissement imprimés à la tête avec les plus grands ménagements et en s'assurant ou le concours ou la neutralité de la volonté du malade dans la lutte qui s'engage entre les muscles contracturés pleins d'appréhension et le médecin, rétablissent d'ordinaire la fonction musculaire dont l'équilibre antagoniste est rompu. Quoi qu'on en ait dit, il est rare que cette forme de torticolis essentiellement musculaire devienne chronique, et plus rare encore qu'elle pro-

duise à elle seule des déformations articulaires importantes. Il en est de même du torticolis spasmodique intermittent et du torticolis fonctionnel liés le plus ordinairement à des affections nerveuses centrales ou périphériques et qui, pas plus que le précédent, ne produisent de véritables déformations cervicales. Si l'on en a souvent jugé autrement, c'est en raison d'une confusion fréquente des torticolis musculaires et des articulaires. En tous cas, dans le torticolis musculaire ancien, les vertèbres cervicales conservent leurs mouvements et à très-peu près leur forme normale. Mais il arrive très-souvent que l'on rapporte à l'inégalité primitive de la fonction musculaire antagoniste, des déformations et des atrophies qui, tout au contraire, ont pour origine une lésion articulaire par suite de laquelle les muscles sont hors d'état d'accomplir leur fonction, tantôt à cause de l'arthrite elle-même et de ses suites locales, tantôt en raison du changement de l'angle sous lequel un muscle peut exécuter un mouvement. Il peut même arriver que par suite d'une affection idiopathique des muscles, ceux-ci présentent une atrophie presque totale, sans que les articulations vertèbrales aient subi la moindre déformation. Tel est, entre autres, le cas cité par Fleury (1) et dû à Marchesseaux, alors interne à la Salpêtrière, dans lequel une femme de soixante et dix ans affectée de torticolis depuis plus de vingt ans, a offert à l'autopsie un état fibreux du sterno-mastoïdien sans aucune déformation, aucune disposition pathologique des vertèbres.

Quelque opinion que l'on ait donc tout d'abord sur le siége primitif d'un torticolis, il est presque certain que si cette dysmorphie est accompagnée d'une déformation des articulations vertébrales, spécialement des trois premières, il faut la rapporter à une affection articulaire initiale constatée ou inaperçue, et dans ce cas tout traitement qui aura le muscle pour objectif sera inopportun et inefficace. De là les innombrables mécomptes de la gymnastique localisée, de l'électricité et surtout de la ténotomie, qui est fort loin d'avoir donné aux contemporains les résultats fabuleux qu'elle avait, paraît-il, fourni aux inventeurs de ce procédé. On peut remarquer, en effet, que sauf dans des cas très-rares d'affections idiopathiques des muscles, jamais la ténotomie

(1) L. Fleury, *Mémoire sur le torticolis permanent* (*Arch. de médecine*, 1838, t. II, p. 78).

n'a obtenu à elle seule de résultats satisfaisants (1) et qu'un traitement mécanique très-compliqué, accompagné, selon les expressions de Bonnet (2), de *rupture d'adhérence des articulations du cou*, a toujours été appliqué à la suite de la ténotomie. Or la question est de savoir si, dans ces cas, ce n'est pas à ces *ruptures* et non à la ténotomie que sont dus les succès annoncés. Ce qui me paraît absolument contestable, c'est que l'on puisse attribuer les roideurs articulaires à la seule action des contractures musculaires ; en effet, quand on observe de la roideur du cou dans le torticolis musculaire aigu, ce n'est pas que les articulations soient atteintes, c'est que tout mouvement des fibres musculaires, spontané ou provoqué, est douloureux et que le malade s'oppose absolument à un déplacement qui entraînerait une contraction réflexe ou une extension passive. Cela s'observe aussi bien dans le torticolis aigu à la fois musculaire et articulaire ; la différence se manifeste quand le muscle cessant d'être douloureux et contracturé, l'articulation reste immobile. La contracture peut avoir disparu et le cou rester plus ou moins roide ; dans ce dernier cas, il y a eu arthrite plus ou moins grave, selon les circonstances et les sujets, car ici la nature du *terrain* exerce une influence capitale.

La déformation ou la roideur chronique du cou sont donc pathognomoniques de l'arthrite cervicale ; elles ne sont peut-être jamais les suites directes de la contracture musculaire ; mais la roideur dans la rectitude est peu commune, et si j'excepte de cette catégorie les luxations traumatiques de l'axis (dont j'ai relevé deux observations), je n'en ai observé qu'un cas qui m'avait été adressé par M. le docteur Lailler. Le plus souvent on est en présence d'une roideur avec torsion limitée à une ou plusieurs articulations, tandis que dans celles qui suivent il existe un mouvement d'une étendue exagérée qui produit souvent des déformations secondaires de sens successivement opposés. C'est ce que la suite de ce mémoire démontrera.

Il faut maintenant examiner quels sont les signes et quel est le siége des déformations cervicales en suite desquelles l'action musculaire reçoit de profondes modifications qui, par leur apparence saisissante, ont été souvent prises pour les causes mêmes de ces déformations, alors qu'elles n'en sont que les effets.

(1) Guérin, *Traitement du torticolis ancien*, etc. p. 23. Paris, 1838.

(2) *Maladies articulaires*, p. 624.

§ 1. Diagnostic. — La déformation cervicale la plus importante, et peut-être la plus fréquente, a pour siége l'articulation atloïdo-occipitale. Elle est caractérisée par une subluxation telle de l'atlas sur l'occipital que les masses latérales et les apophyses transverses sont, l'une sur un plan antérieur, l'autre sur un plan postérieur au plan vertical transverse. A la palpation, cette déformation se reconnaît par la saillie postérieure de l'une des apophyses transverses, qui devient très-voisine de l'apophyse mastoïde, tandis que l'autre disparaît en avant et ne se retrouve que par la voie pharyngienne, laissant à sa place une dépression profonde, parfois en coup de hache, alors que la saillie de l'apophyse transverse opposée soulève les muscles qui viennent alors combler la fossette occipitale. Voilà le fait principal.

Les suites rationnelles en sont toujours manifestes : les quatre ou cinq vertèbres suivantes sont entraînées dans le même sens que l'atlas, de sorte que leurs apophyses transverses font d'un côté saillie en arrière et sont de l'autre affaissées. En même temps, les facettes articulaires subissent un certain degré d'écartement. La torsion cervicale qui est ainsi produite affecte la forme d'une spire ; la tête est inclinée sur l'épaule correspondante à la subluxation antérieure, et la face est tournée en sens opposé.

Ces deux derniers signes sont dus sans doute à l'action unilatérale des grands muscles du cou, du splénius, des scalènes, du sterno-mastoïdien ; mais cette action *unilatérale* est elle-même consécutive au déplacement et résulte de ce que leurs antagonistes sont placés, en vertu de la torsion vertébrale, dans une position telle qu'ils ne pourraient lutter, c'est-à-dire ramener la tête et les vertèbres dans une attitude normale, alors même qu'aucun obstacle articulaire ne viendrait mécaniquement s'y opposer. Le sterno-mastoïdien du côté incliné est contracté *par appréhension*, raccourci, et le plus souvent invisible. Son antagoniste, passivement allongé par une région plus volumineuse et arrondie, fait saillie du côté opposé entre ses deux insertions, mais il n'a rien perdu de sa contractilité. S'il est impuissant à ramener la tête dans la verticale, c'est non-seulement à cause de la subluxation atloïdo-occipitale, mais encore parce qu'au lieu de s'effectuer en ligne droite, de l'apophyse mastoïde au sternum, son mouvement s'accomplit sur une surface courbe qui diminue son travail utile dans une mesure considérable. D'autres causes d'impuissance viennent d'ailleurs s'ajouter à celle-ci.

Tel est le torticolis articulaire le plus fréquent et le plus rebelle. Ni l'arthrite atloïdo-axoïdienne, ni les affections des autres vertèbres ne donnent une attitude aussi parfaitement semblable à celle du torticolis musculaire, dans sa combinaison d'inclinaison et de torsion de la tête et de la face, et nulle cependant n'en diffère autant au point de vue du pronostic et du traitement, car si l'on peut donner des exemples nombreux de torticolis de ces deux derniers genres complétement guéris par l'un des nombreux systèmes qui se partagent la faveur des praticiens, je ne crois pas que l'on puisse citer un cas de déformation chronique occipito-atloïdienne avec *torsion de l'atlas sur son axe*, *saillie postérieure de l'une des apophyses transverses* et inclinaison et torsion spiroïde de la colonne cervicale et saillie pharyngienne de la masse latérale opposée, qui ait été suivie de guérison complète.

Si j'insiste sur le signe pathognomonique du genre de torticolis que j'étudie en ce moment, c'est qu'il donne au diagnostic une précision dont il était jusqu'ici dépourvu et qui ne permet de confusion qu'avec certaines formes d'affections osseuses qui s'en distinguent par nombre d'autres caractères: je veux parler du mal vertébral sous-occipital, si admirablement décrit par M. Bouvier, malgré l'insuffisance de ses distinctions entre la synovite simple et les affections osseuses: tubercules, carie, ostéite suppurante, abcès, etc.

La subluxation occipito-atloïdienne se distingue profondément des diverses formes du mal vertébral supérieur, *spondylarthrocace*, *carie sous-occipitale, tumeur blanche sous-occipitale*, etc. D'une part, ces affections n'impliquent nécessairement pas la luxation, et d'autre part cette luxation peut s'ankyloser sans donner lieu aux accidents des affections précédentes. La subluxation paraît être d'origine rhumatismale et se rattacher à la disposition spéciale des surfaces articulaires.

D'un autre côté, elle ne se distingue cliniquement des torticolis musculaires et articulaires sous-occipitaux que par le signe caractéristique que j'ai décrit, à savoir : la saillie postérieure de l'apophyse transverse, et dont la connaissance permet de rattacher à leur véritable origine des torticolis que l'on a souvent considérés comme musculaires et traités malencontreusement comme tels.

Pour se rendre compte de la valeur clinique de ces indications, on voudra bien se reporter aux observations qui accompagnent ce travail ; il en résulte, en effet, que les déplacements pathologiques

de l'atlas sur l'occipital sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, et surtout incomparablement plus fréquents que ses déplacements traumatiques, puisque, d'après Duplay, on ne possède de cette catégorie qu'une seule observation authentique due à M. le professeur Bouisson (1).

§ 2. Mécanisme et symptomes. — Le judicieux Malgaigne a cependant noté la fréquence des positions vicieuses des deux premières vertèbres « sous l'influence des contractions musculaires nécessaires pour immobiliser la tête dans la position que la douleur lui a fait adopter et, ce qui arrive dans bon nombre de cas, des déplacements qui succèdent aux positions vicieuses » (2). Il signale la luxation de l'occipital en arrière de l'atlas, mais il croit que la luxation en avant de l'atlas sur l'axis est plus fréquente. Il mentionne *les luxations doubles de l'occipital et de l'atlas à la fois*, dans lesquelles, sous l'influence du ramollissement des ligaments, de la destruction partielle de ses masses latérales, l'atlas, à la fois pressé par l'occipital et par l'axis, s'échappe de l'un et de l'autre, comme le fait un noyau serré entre les doigts, et déborde sur l'une et l'autre vertèbre d'une étendue plus ou moins considérable sur un même côté.

Le déplacement, ajoute-t-il, n'est souvent pas loin de la position vicieuse, et il se pourrait, dans le cas de luxation ou rotation soit de l'occipital, soit de l'atlas, que la position de la tête reposant sur l'oreiller, soit à droite, soit à gauche, en fût la cause déterminante (3).

Les pages qui suivent les passages que je cite montrent que l'affection dont je parle était bien connue de leur savant auteur, mais elles montrent aussi que le diagnostic précis lui semblait d'une extrême difficulté, d'autant plus explicable qu'il ne l'appuyait que sur la recherche de l'apophyse épineuse de l'axis. La constatation de la position de l'atlas par la saillie postérieure de son apophyse transverse me paraît ne devoir laisser aucun doute, alors surtout même que l'épine de l'axis est dans une situation normale ou que son déplacement est insuffisant pour justifier l'hypothèse d'une luxation. On verra par les faits qui suivent que le déplacement est plus commun qu'on ne le croit et que l'on rattache fré-

(1) *Pathologie externe*, t. III, p. 234.
(2) *Leçons d'orthopédie*, p. 275.
(3) *Leçons d'orthopédie*, p. 274.

quemment au torticolis musculaire une attitude vicieuse du cou qui est le fait du glissement de l'atlas sur les condyles de l'occipital.

Comment ce phénomène peut-il se produire? Malgaigne en a indiqué les conditions mécaniques. En voici les conditions physiologiques:

Les mouvements de rotation de la tête sont fort étendus (70 degrés d'après Malgaigne), et se passent entre l'atlas et l'axis. L'articulation occipito-atloïdienne n'y prend aucune part dans l'état normal ; elle ne jouit que des mouvements de glissement et d'un certain degré d'inclinaison latérale dans un sens antéro-postérieur; ce sont ces mouvements qu'il est facile d'exagérer et de convertir en déplacements obliques. Si en effet l'on examine la disposition des facettes articulaires de l'atlas qui s'articulent avec les condyles de l'occipital, on ne peut qu'être frappé de la facilité avec laquelle cette surface peut glisser obliquement sur les condyles. L'obstacle osseux est en avant constitué par le relèvement de la portion antérieure des masses latérales à partir de la fossette au fond de laquelle s'insère le ligament transverse et qui divise réellement la facette articulaire supérieure en deux demi-facettes. Aussi, grâce à cette barrière, la luxation de l'atlas en avant ou en arrière est-elle à peu près impossible. Il n'en faut d'autre preuve que l'extrême degré de dislocation antéro-postérieur auquel parviennent aisément les saltimbanques et même les gymnastes. Mais il n'en est pas de même du déplacement oblique : les ligaments seuls s'y opposent. Or sur le côté li n'y a pas de ligament propre, à moins que l'on ne veuille donner ce nom au ligament condylo-atloïdien, insuffisant pour prévenir une déviation latérale ou glissement atloïdo-condylien. Les faits l'établissent; sans doute, il ne s'agit point ici d'une véritable luxation ; les surfaces restent en rapport dans une certaine étendue, mais l'une des moitiés de l'atlas a glissé en arrière sur le condyle au point que son apophyse transverse n'est séparée de l'apophyse mastoïde que par 4 ou 5 millimètres, tandis que sa congénère est en avant de l'apophyse mastoïde opposée ; ce mouvement n'est possible qu'avec une inclinaison du crâne et une rotation vers ce dernier côté, et c'est en effet ce qui se produit ; la moitié de l'atlas déplacée relève mécaniquement le condyle en arrière et fait tourner la face de son côté. Les condyles ne sont plus d'aplomb. Il se produit là nécessairement du côté incliné un certain degré de compression

de l'artère vertébrale et de la carotide : de là sans doute l'hypotrophie faciale et crânienne qui accompagne rapidement et constamment ce déplacement.

L'axis, l'apophyse odontoïde et les vertèbres suivantes subissent un certain degré de torsion ; elles sont entraînées à la suite de l'atlas ; aussi la palpation montre-t-elle une légère saillie postérieure de leurs apophyses transverses d'un côté, tandis que de l'autre elles se tournent en avant et s'affaissent sensiblement ; il y a d'un côté une sorte de diastasis ; de l'autre, une compression dont les suites sont évitées par la torsion même, qui diminue les effets compressifs que produirait une inclinaison latérale importante ; mais à ce niveau l'angle de rotation n'est que de quelques degrés. La ligne des apophyses épineuses est plus ou moins courbe ; sa concavité est du côté où les apophyses transverses, suivant le mouvement de l'atlas, se sont portées en avant. Mais ce mouvement dépasse rarement la cinquième ou sixième cervicale; pour éviter l'inclinaison excessive de la tête, il se produit spontanément une courbure secondaire ou compensatrice qui, tout en déformant les épaules, rétablit sur le rachis le centre de gravité de la tête ; l'épaule du côté incliné se relève et l'on constate au niveau des premières vertèbres dorsales une légère courbure, accompagnée de torsion, en sens opposé à la première.

Il y a lieu maintenant de se demander comment se produit le déplacement initial. Est-ce de façon mécanique en suite d'une arthrite unicondylienne, par exemple, et d'un gonflement dû à la synovite unilatérale ? Est-ce par suite de l'action des muscles prévertébraux et de celle des grand et petit droits postérieurs, des grand et petit obliques, du petit droit latéral, bien autrement puissants pour mouvoir et déplacer les vertèbres une à une que les grands muscles superficiels, qui ne produisent que des mouvements de totalité ou des combinaisons synergiques de mouvements? Faut-il rechercher une inégalité préalable du développement osseux ou du système musculaire, un trouble nutritif partiel ? Est-ce par l'action réunie de ces causes en vue d'éviter la douleur déterminée par le processus inflammatoire, et plus ou moins favorisées par l'attitude de la tête sur les oreillers (Malgaigne) ? L'étude attentive de chaque cas en particulier fournira sans doute, ainsi qu'on le verra, une étiologie individuelle. Ce qui est dès à présent établi, c'est que des lésions de ce genre ne sont pas produites par les muscles superficiels, sterno-mastoïd

ou scalène antérieur, qui à eux seuls sont incapables de la produire, et qu'ils n'y prennent qu'une part secondaire, si tant est qu'elle puisse être appréciée. Cependant la contracture de ces muscles du côté incliné laisse croire que cette contracture, ou cette rétraction, a déterminé l'attitude vicieuse. Or il n'en est rien. Les muscles contracturés sont, il est vrai, raccourcis au bout d'un temps assez long; mais c'est un raccourcissement d'adaptation; de plus, ils opposent à tout mouvement accidentel ou à toute tentative de redressement une résistance active; mais c'est là un mouvement volontaire souvent inconscient, suite naturelle de l'appréhension de la douleur. C'est l'état de vigilance musculaire (Verneuil). Mais que l'on parvienne par un procédé quelconque à annihiler la volonté du malade ou même à l'associer à l'effort d'un redressement imprimé méthodiquement à la tête, et l'on verra non-seulement le muscle opposé se contracter et son congénère se laisser distendre jusqu'au point où le permet le déplacement atloïdo-condylien. L'obstacle n'est pas dans le muscle.

La constatation d'une déformation articulaire du cou et spécialement d'un déplacement des apophyses transverses de l'atlas doit donc éloigner l'idée qu'elle a été produite par le sterno-mastoïdien, et, par suite, c'est sur l'articulation même et non sur le muscle que doit reposer le traitement. Malheureusement, ni les observations, ni les livres classiques, ne tiennent un compte suffisant de la palpation anatomique. Sous l'influence d'une doctrine erronée, on veut voir dans de prétendues contractures ou rétractions musculaires la cause de déformations dont l'origine est dans les articulations ; la chose est tellement passée dans les habitudes médicales, que dans les observations de ténotomie on ne se donne même pas la peine de remonter au siége des mouvements. N'a-t-on pas été jusqu'à dire que le pied-bot était le torticolis du pied, attribuant ainsi aux muscles, pendant la vie intra-utérine, une puissance de malformation d'autant plus chimérique que les muscles eux-mêmes sont aussi atrophiés, aussi déformés que les os? Je crois donc devoir répéter ici que le torticolis musculaire chronique est excessivement rare, et que dans la très-grande majorité des cas une attitude vicieuse permanente de la tête a pour origine une affection aiguë ou chronique des articulations vertébrales, et spécialement de l'occipito-atloïdienne. J'ajouterai que, ce fait étant connu, il importe au plus haut point, dans le torticolis aigu grave, d'examiner avec soin la région de la nuque, de

ne pas permettre d'attitude vicieuse renforcée à l'aide de coussins, et, si l'on constate un déplacement de l'atlas, d'entreprendre de bonne heure, soit à l'aide du chloroforme, soit autrement, la réduction de déplacement. En peu de semaines le mal est devenu irréparable et ne pourra être qu'atténué par l'assouplissement des régions voisines. Il va sans dire que je ne confonds pas ici l'arthrite cervicale avec les caries, les tubercules ou les ramollissements de cette région, qui s'en distinguent cliniquement avec la plus grande facilité, mais qui n'offrent pas, tant s'en faut, les mêmes indications. On doit souvent souhaiter dans ces cas ce qu'il faut chercher à éviter ailleurs : l'ankylose.

§ 3. Traitement. — J'ai dit plus haut que les observations de torticolis ancien n'étaient généralement pas assez précises pour que l'on puisse se rendre compte du siége et de la nature de la lésion. En effet, on décrit avec soin l'attitude de la face et de la tête, les angles d'inclinaison et de rotation, la longueur relative des deux sterno-mastoïdiens, l'asymétrie faciale, mais il est rarement question de la conformation normale ou anormale des vertèbres cervicales. Quand on les mentionne, c'est pour dire qu'elles sont plus ou moins mobiles dans les mouvements qu'elles ont conservés (1). Cependant il existe une autopsie due à M. Bouvier, dans laquelle on reconnaît les lésions articulaires que je signale comme fréquentes. Il s'agit d'un marin qui avait reçu, à l'âge de dix-huit ans, un coup violent à la nuque, et qui depuis avait conservé, pendant trente années, la tête inclinée à gauche.

A la dissection, dit M. Bouvier, le sterno-mastoïdien du côté droit est volumineux, élargi, aplati, étalé sur la convexité de la courbure décrite par les vertèbres cervicales ; sa substance est normale. Le sterno-mastoïdien gauche, plus court de moitié, était réduit de volume, mais conservait sa structure normale. Les vaisseaux à gauche étaient envahis par des ostéides et de moindre calibre qu'à droite ; enfin, l'axis gauche, réduit au tiers de sa hauteur, donnait à l'atlas une inclinaison telle que son apophyse transverse touchait celle de la deuxième vertèbre, tandis qu'un grand intervalle séparait leurs apophyses transverses du côté

(1) Voyez notamment le mémoire de M. Jules Guérin sur *le Torticolis ancien*, 1838. Les observations de Dupuytren, de Dieffenbach et celles de Stromeyer ne sont pas plus explicites.

droit. Des productions osseuses unissaient sur divers points les lames et les apophyses cervicales gauches (1).

N'est-il pas évident que, dans un cas de ce genre, la prétendue *contracture* du mastoïdien gauche n'est qu'un *raccourcissement d'adaptation* et que la section de ce muscle ne pouvait en rien amoindrir la difformité cervicale ? N'est-il pas évident que c'est sur les articulations cervicales, et non sur les muscles, que le traitement eût dû éventuellement être dirigé ?

Tel est le cas du torticolis occipito-atloïdien. En face d'un malade atteint de torticolis chronique, s'il y a déformation du cou, saillie postérieure de l'apophyse latérale de l'atlas, il n'y a pas à accuser le sterno-mastoïdien, et la ténotomie ne lui est d'aucun secours. Si au contraire les signes de la déformation articulaire font défaut, nombre de méthodes de traitement donneront des résultats supérieurs à la section du sterno-mastoïdien.

Si le cas est aigu, il importe d'établir immédiatement le diagnostic différentiel et de ne pas laisser l'enfant la tête sur l'oreiller, employant toutes les forces dont il dispose à écarter les surfaces articulaires douloureuses et aboutissant par des pressions combinées à chasser l'atlas en avant, du côté opposé. Dans les observations que j'ai recueillies, rien, sauf l'intensité de la douleur, la violence des accidents fébriles, souvent accompagnés de délire (trois fois sur huit), ne distinguait le torticolis atloïdo-occipital du simple torticolis musculaire à guérison spontanée. Souvent même l'attitude était plus excessive dans ces derniers cas que dans les premiers, et j'ai eu sous les yeux deux jeunes malades dont l'une, qui paraissait horriblement déformée, a guéri complétement et rapidement, tandis que la seconde, chez qui l'asymétrie faciale était plus visible que l'inclinaison et la torsion, n'a obtenu, après un traitement de plusieurs mois, qu'une légère amélioration.

L'emploi des courants continus est tout d'abord indiqué. J'ai pu, grâce à eux, guérir souvent instantanément des torticolis trapéziens ou mastoïdiens ; dans les formes graves le soulagement qu'ils apportent immédiatement à la mylagie permet une exploration, autrement impossible, et donne au malade une confiance qui facilite le relâchement musculaire. C'est à l'aide de plaques humides, en employant un courant descendant de trois ou quatre

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XII, p. 636.

**

éléments seulement sur le sterno-mastoïdien, sur les scalènes ou sur le trapèze, qu'il faut d'abord agir.

Puis on doit encourager le malade à tenter lui-même le redressement et l'y aider faiblement. Si, en effet, on veut imposer le mouvement avec un certain degré de brusquerie, la crainte de la douleur exagère le torticolis et rend toute tentative ultérieure inutile.

A l'état chronique, la résistance est devenue une habitude; mais, s'il n'existe pas de déplacement atloïdien, on doit, avec un peu d'art, pouvoir redresser le cou et maintenir les épaules de niveau en provoquant l'action de l'antagoniste à l'aide d'une inclinaison ou d'une torsion dans le sens vicieux *pendant que l'on commande au malade de s'y opposer;* l'expérience m'a appris qu'en pareil cas l'attitude vicieuse provenait plus fréquemment d'une certaine inertie de l'antagoniste que d'un véritable raccourcissement du côté de l'inclinaison, et il importe souvent, non moins de fortifier l'action du premier que de régulariser celle du second. Cette sorte de gymnastique localisée a été mise à profit par Duchenne (de Boulogne) dans un cas de contracture fonctionnelle survenue chez une pianiste et traitée vainement et longtemps par M. Bouvier à l'aide des moyens les plus variés. Le spasme ne se montrait que dans la station debout: Duchenne lui fit repousser sa main à l'aide de la tête inclinée, c'est-à-dire qu'il provoqua l'exercice du muscle sain ; en répétant cet exercice pendant quelques mois, la guérison fut obtenue. Il est vrai que Duchenne y joignit la faradisation du muscle contracturé ; mais il n'attache, avec raison, aucune valeur à cette pratique, du moins dans l'espèce. Voici trois observations suivies de résultats analogues :

Obs. I. *Torticolis spasmodique.* — Un magistrat d'Arras me consulta en 1867 pour un spasme fonctionnel du mastoïdien gauche qui survenait dès qu'il se mettait à écrire et rendait cette fonction fort difficile. Dès que la tête était soutenue avec la main gauche, l'écriture redevenait régulière; mais la fatigue extrême qu'il en éprouvait le forçait d'y renoncer. A tout moment, en dehors de l'écriture, sa tête s'inclinait et sa face se tournait. Des exercices avec résistance du sterno-mastoïdien droit, associés à des courants *voltaïques* interrompus, amenèrent en un mois une amélioration telle que, sauf à l'occasion de l'écriture, la tête se maintenait droite. L'amélioration s'est conservée.

Obs. II. *Torticolis spasmodique.* — La veuve d'un médecin,

âgée de soixante ans, Mme de L***, me fut adressée en 1866 par MM. A. Latour et Legrand pour une affection du même genre. Cette dame fort intéressante travaillait jusqu'à dix-huit heures par jour à des copies de manuscrits. Depuis quelques mois elle se trouvait hors d'état d'écrire sans retenir sa tête à l'aide de toutes sortes d'expédients ; plus récemment elle ne pouvait plus écrire du tout, le corps suivait le mouvement spasmodique du cou et la main ne pouvait plus se poser. Les mêmes procédés me donnèrent, au bout de plusieurs mois, il est vrai, un résultat inespéré presque complet, dont je fus récompensé par de longues pages d'une magnifique écriture, où l'observation fort curieuse est relatée en termes minutieux. La malade put reprendre son travail, trois ans plus tard la guérison s'était maintenue.

Obs. III. *Torticolis spasmodique.* — Un chef de gare de la ligne du Nord me fut envoyé en 1870 par M. le docteur Gros. Le spasme, qui n'avait rien de professionnel se produisait dans un des sterno-mastoïdiens par *une série de secousses* dès que le malade était debout et immobile. On voit que le mode d'apparition du spasme était ici fort différent du mode des cas précédents ; ici le spasme se montrait dès que le malade était au repos ; dans les deux cas précédents, au contraire, c'était dans certaines conditions d'activité. La secousse est aussi une forme clinique spéciale. Ce malade venait me voir fort irrégulièrement et je n'obtins qu'une médiocre amélioration, mais pendant le siége de Paris je le rencontrai guéri ; sa femme avait appliqué avec soin les mouvements et les courants ; le repos forcé que lui faisaient les événements, le changement d'air, paraissaient avoir favorisé le traitement que j'avais prescrit.

Il existe une observation de Stromeyer rapportée dans la thèse de concours de M. Depaul (1844), fort analogue aux trois cas précédents, dans laquelle trois sections tendineuses pratiquées successivement en six mois furent loin de donner d'aussi bons résultats, malgré la jeunesse du sujet.

Le dilemne est à mes yeux le suivant : ou l'attitude du cou est due à des anomalies de la fonction musculaire, et dans ce cas les courants constants, la gymnastique localisée, les manipulations peuvent toujours amener la guérison ; ou elle est due à des déplacements articulaires avec ou sans adhérence, avec ou sans synovite, et dans ce cas, comme ce n'est pas par une action musculaire normale que ce déplacement s'est produit, le traitement musculaire sera inefficace pour obtenir une amélioration directe, c'est-à-dire une restitution des rapports articulaires normaux. Cependant, dans le dernier cas, le sterno-mastoïdien du côté in-

cliné est, comme dans le premier cas, fortement tendu et semble être le véritable siége du mal; mais la résistance qu'il oppose est un mouvement réflexe d'appréhension et n'entre que pour une très-faible part dans la déformation. Si vous le coupez, vous n'obtiendrez qu'un redressement insignifiant, qui ne vous dispensera pas de rompre les adhérences. Si ces adhérences sont sous-atloïdiennes, il y a, à l'aide des manipulations, bien des chances de réussite complète; si elles sont atloïdo-occipitales, on n'obtiendra sur ce point, même avec de la patience, qu'une légère amélioration; mais, en exagérant en sens inverse les mouvements de la colonne cervicale, on pourra, dans une large mesure, effacer les apparences d'une incurable lésion. Tel est du moins le résultat de ma pratique.

Sur un assez grand nombre de torticolis musculaires que j'ai eu à traiter, je choisirai l'exemple suivant :

Obs. IV. *Torticolis musculaire et courbure dorsale de compensation, guérison.* — Mlle Zoé X***, de Roubaix, âgée de seize ans, avait depuis plus de trois années la tête inclinée et la face tournée, lorsqu'elle me fut conduite, en novembre 1873.

Ni l'usage de cols matelassés, ni les innombrables embrocations, onguents, emplâtres dont on avait couvert le cou de cette jeune fille n'avaient enrayé les progrès du mal. La tête s'inclinait à gauche, amenant une courbure cervicale droite, et l'épaule gauche, s'élevant pour soutenir la tête, produisait une courbure dorsale gauche, omoplate ou aile, etc. Ce ne fut qu'avec les plus grandes difficultés et au bout de quelques jours de tentatives infructueuses que j'obtins le concours de la volonté de la jeune malade pour neutraliser, par l'action provoquée de son antagoniste, la résolution de la contracture du sterno-mastoïdien gauche. La gymnastique localisée, c'est-à-dire la mise en jeu, pendant la résistance de la malade, des muscles trapèze, scalène, sterno-mastoïdien droits, des courants appliqués sur ces mêmes muscles, les manipulations, les douches amenèrent une guérison presque complète en quatre mois de séjour dans mon établissement. La face n'était pas déformée, et au surplus je n'ai jamais observé l'asymétrie faciale que dans les torticolis articulaires; j'eus la satisfaction, au mois d'octobre 1874, de constater que la guérison complète du cou et du dos s'était développée et confirmée grâce aux soins intelligents de la mère.

J'avais dans le même temps sous les yeux des torticolis occipito-atloïdiens qui n'ont pas guéri, et qui en apparence étaient cependant infiniment moins graves.

Les mouvements avec résistance dont je viens de parler ont

évidemment pour but de provoquer dans les muscles qui en sont le siége un accroissement d'innervation motrice, et par suite de nutrition, qui leur permette de lutter efficacement contre leurs antagonistes contractés. Les courants voltaïques agissent dans le même sens. Quant aux manipulations, si elles sont pratiquées sur des tissus parfaitement relâchés, elles ont pour résultat général d'assouplir les ligaments et de débarrasser les jointures des encombrements vasculaires et cellulaires qui se produisent au sein des tissus par suite de l'immobilité et de l'une de ses suites : l'insuffisance des échanges moléculaires.

Dans les déplacements occipito-atloïdiens, il faut y joindre de véritables tentatives de réduction, qui, je dois le dire, ne donnent pour cette jointure que de légères modifications, mais ont, pour les articulations suivantes, de grands avantages. Il importe de ne procéder aux mouvements un peu énergiques qu'avec une certaine prudence, et lorsque le cou est débarrassé des empâtements péri articulaires dont je parlais plus haut. Il faut sentir distinctement toutes les saillies osseuses ; puis, faisant légèrement soulever la tête par un aide, tandis que les épaules sont fixées, on cherche à l'aide de la main à repousser l'apophyse transverse et à rétablir la rectitude dans la colonne cervicale inclinée et tordue. Souvent on obtiendra des craquements articulaires dès les premières séances, mais il importe de ne mettre quelque vigueur à ces manipulations que lorsque l'on s'est bien assuré qu'il n'y a pas de compression à redouter. J'ai souvent vu pendant ces exercices se produire des vertiges, des malaises ; une fois même une légère syncope, chez une jeune fille très-délicate, très-anémiée. Ces accidents, que l'on peut toujours éviter, n'ont d'ailleurs aucune gravité, mais on comprend tels cas où ils pourraient en avoir.

Dans plusieurs cas j'ai essayé l'usage d'appareils mécaniques. J'ai fait construire des minerves à col de cygne qui opéraient l'extension à l'aide d'une crémaillère tandis que le sujet était fixé sur un siége à l'aide d'épaulettes ou des mains des parents. J'avais en vue de délivrer la colonne cervicale du poids de la tête, bien plutôt qu'une extension à laquelle les enfants ne se prêtent jamais et qui en tous cas ne pouvait pas être de longue durée. Ni l'extension ni même le simple support ne m'ont donné de résultats alors même qu'ils avaient été appliqués avec suite. Dans l'appareil, la torsion cervicale un moment atténuée, la tête un moment supportée revenaient à leur attitude vicieuse à l'aide d'un

mouvement dorsal ou lombaire qui compliquait la déformation de courbures secondaires. On ne retirait aucun profit d'un véritable supplice infligé aux malades.

Une sorte de cuirasse dorsale d'une part, avec tige munie d'un casque et de plaques maxillaires et pariétales à pressions opposées, et qui semblait devoir prévenir tout déplacement inférieur, n'atteint pas mieux son but que le col de cygne, mais elle était bien plus mal supportée. Enfin, j'ai fait construire un lit à extension que je n'ai pas appliqué avec la même persistance à cause des maux de tête et des congestions qu'il causait.

En résumé, l'inefficacité des moyens que j'ai décrits pour la réduction du déplacement atloïdo-occipital ne détruit pas leurs avantages pour les roideurs articulaires des vertèbres consécutives. Il se peut d'ailleurs que d'autres réussissent là où j'ai échoué, surtout si les manipulations sont appliquées à une époque rapprochée de cet accident. Et c'est là la conclusion à laquelle je suis arrivé et que je répète : dans les torticolis qui se produisent au milieu d'un ensemble pathologique grave, avec fièvre intense, délire, immobilité obstinée et prolongée, à la manière des rhumatismes aigus, il faut intervenir activement le plus tôt possible, même pendant la période d'acuïté. Les courants continus (et peut-être des injections sous-cutanées, que je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer) atténueront la contracture musculaire et permettront la restitution de l'attitude normale de la tête, qu'il faut maintenir dans la rectitude par tous les moyens possibles. On guérira ultérieurement la roideur articulaire, on ne réduira pas vraisemblablement le déplacement occipito-atloïdien.

§ 4. Observations. — J'ai relaté ci-dessus trois cas de torticolis spasmodique et un cas de torticolis musculaire ancien, sans déplacement atloïdien. Les trois observations qui suivent se rapportent à une action lente que je serais disposé à rattacher à une inégalité visuelle par suite de laquelle les enfants inclinaient la tête du côté de l'œil le meilleur et tournaient ensuite la face du côté opposé, pour placer cet œil dans l'axe visuel et éviter la vision amblyopique ou diplopique.

Ce n'est là qu'une hypothèse qui paraît avoir été admise par M. le docteur Galezowski (obs. VII) et en tous cas la marche de l'attitude vicieuse, au contraire de celle que nous montrent les observations IX, X, XI, XII, a été lente et ne s'est accompagnée

d'aucun accident aigu. A défaut de cette étiologie, on peut supposer, eu égard à la précocité de l'attitude vicieuse, qu'elle peut être attribuée à une malformation légère des condyles occipitaux. Si la saillie de l'apophyse transverse de l'atlas n'avait pas été manifeste, j'eusse cru à un torticolis musculaire ; sans aucun doute la guérison eût été obtenue. Or, malgré le peu de gravité apparente du torticolis, je n'ai obtenu que des améliorations, et le déplacement atloïdien est resté le même.

Obs. V. — Mlle F. X***, âgée de douze ans, fille et nièce de médecins distingués, fut soumise à un examen en mars 1873. Cette jeune fille avait offert trois ans auparavant des accidents nerveux graves, vertiges, éblouissements, vomissements, céphalalgie, strabisme léger qu'il était difficile de rattacher à l'anémie pure. En même temps on remarque une attitude vicieuse et douloureuse de la tête inclinée sur l'épaule et de la face légèrement tournée en sens opposé. L'enfant ne supporte aucun mouvement ; elle tient sa tête sur sa main ; je constatai une hypotrophie unilatérale du tronc et une inclinaison du rachis et du cou de ce même côté. Duchenne (de Boulogne) avait déjà observé un cas d'atrophie totale du sterno-mastoïdien avec inclinaison de la tête du *côté lésé*. Il semblerait cependant, eu égard à l'action de ce muscle, que la tête dût être inclinée du côté *sain* et la face tournée du côté lésé. — Sous l'influence de l'hydrothérapie, de la gymnastique localisée, des manipulations, le rachis et le cou se redressent rapidement et la différence entre les deux côtés fut réduite de moitié après deux mois de traitement qui fut imparfaitement continué en province; mais l'inclinaison et la torsion légères de la tête sur le cou persistaient sans que cette attitude vicieuse nuisît semblablement à la bonne tenue de l'ensemble. Je revis cette malade deux ans plus tard, en mai 1875, à peu près dans le même état. Je reconnus alors la saillie postérieure de l'apophyse transverse de l'atlas, signe que je ne connaissais pas deux ans auparavant. M'étant fait présenter des portraits du temps de l'enfance de cette jeune fille il me fut facile de constater, à l'étonnement des parents, que le déplacement remontait à la quatrième année et qu'il ne s'était depuis que faiblement aggravé. La différence de nutrition des deux côtés ne se serait montrée que vers la neuvième année. Avait-elle un rapport quelconque avec la lésion occipito-atloïdienne? L'œil gauche, côté de l'inclinaison, est meilleur que le droit. Faut-il attribuer à cette circonstance l'inclinaison de la torsion faciale? C'est ce que je ne puis décider.

Obs. VI. — Mlle Hélène X***, âgée de cinq ans, est née en 1871, d'une mère très-éprouvée pendant les cruelles épreuves des deux siéges de Paris. Je la vis une première fois onze mois après sa

naissance : la face était très-déformée, sa moitié gauche très-saillante, et du même côté, l'arcade zygomatique proéminente, empâtée, la joue plus volumineuse. Double strabisme, crâne déprimé, dans un sens opposé à l'espèce d'aplatissement facial droit. Je ne reconnus point à cette époque de déformation du cou ni l'inclinaison vicieuse de la tête que la mère prétend avoir remarquée dès lors, mais qui s'est plus manifestement accusée quand l'enfant se mit à marcher. L'enfant a subi un traitement électrique chez Duchenne (de Boulogne) pendant deux années, durant lesquelles le cou s'est notablement redressé, mais la tête reste légèrement inclinée et la face tournée. M. le docteur Larcher fils me fit l'honneur de me la confier en septembre 1875. Je constatai avec lui la saillie légère postérieure de l'apophyse transverse droite de l'atlas. En outre de l'examen comparatif des yeux il résulte que l'enfant ne voyait distinctement qu'avec l'œil gauche, de sorte qu'elle inclinait fortement la tête sur le cou et tournait ensuite la face pour placer cet œil dans le plan médian du corps. M. le docteur Galezowski, en vue de forcer l'enfant à exercer l'œil droit, lui avait fait faire des lunettes qui couvraient entièrement l'œil gauche d'un verre noir. Ce procédé si rationnel n'avait eu dans l'espèce aucun résultat et il avait dû être abandonné. C'est l'un des cas dans lesquels on peut invoquer avec probabilité l'action musculaire soutenue comme cause de la déformation que je signale. Mais il faut dire que la saillie est si faible, la dépression opposée si minime, qu'il me reste quelque doute sur le déplacement. Il se pourrait que le condyle eût subi comme l'atlas un mouvement autour de l'axis. D'ailleurs les vertèbres cervicales jouissent d'une grande mobilité.

Obs. VII. — Mlle H. X***, âgée de six ans, me fut présentée cette année, au mois de juillet, par M. le docteur Gibert, du Havre. Deux ans auparavant, l'attitude de cette enfant avait laissé craindre à M. Gibert qu'elle ne fût atteinte de torticolis et sur l'avis de ce médecin, elle fut conduite par M. le docteur Cheurlot à plusieurs chirurgiens dont l'opinion fut négative. Cependant la tête s'inclina de plus en plus sur l'épaule, la face se tourna du côté opposé, sans toutefois que le cou perdît sa souplesse ni que les muscles parussent très-contracturés. M. Gibert voulut bien me demander mon avis et nous constatâmes en présence de M. Cheurlot la saillie postérieure de l'apophyse transverse droite de l'atlas, le coup de hache à gauche avec inclinaison de la tête du côté de la dépression et torsion légère de la face et du menton vers la droite. D'ailleurs tout était souple et l'articulation atloïdo-axoïdienne était libre ; on observait une légère inégalité des deux moitiés de la face, une scoliose secondaire et une hypotrophie des muscles de l'épaule et de la nuque du côté de l'inclinaison. Des exercices localisés, des courants continus, des manipulations, des attitudes artificielles, des douches furent ap-

pliqués pendant un mois et améliorèrent notablement l'inclinaison, l'attitude du rachis et la nutrition musculaire. Mais le déplacement occipital ne s'est pas modifié, malgré des manipulations réitérées, et la rectitude apparente de la tête sur le tronc ne se produit qu'à l'aide d'une exagération en sens inverse des mouvements des cinquième et sixième vertèbres cervicales de l'articulation. On n'a aucun renseignement précis sur la manière dont cette déformation s'est produite ; on peut vraisemblablement la rattacher à un traumatisme dont le souvenir est assez obscur.

J'avais cru cependant remarquer que l'œil gauche était plus faible que le droit ; mais, m'étant enquis de l'opinion de mon savant confrère du Havre, j'en ai reçu la réponse suivante, que je crois devoir mettre à profit, à cause de son caractère de précision, pour l'éclaircissement de cette question :

« Depuis le retour de l'enfant dans sa famille, où le traitement a été continué, le massage a fini par dissiper tout engorgement. L'attitude n'est pas mauvaise ; elle est vraiment en bonne voie, étant donné l'état du printemps.... Je suis tout à fait fixé aujourd'hui sur le diagnostic très-exact que vous avez fait. En vous parlant de la contracture du sterno-mastoïdien, je me rappelais le temps où on l'eût coupé d'emblée ; mais je n'ai en aucune façon l'idée que cela modifierait la déviation. Par la pratique du massage, je suis arrivé à toucher chaque vertèbre. La déviation commence à la sixième cervicale. A partir de la sixième jusqu'à l'apophyse transverse de l'atlas, on sent une courbure très-facile à apprécier. La scoliose cervicale à convexité droite est patente. Il n'y a ni arthrite appréciable actuellement, ni engorgement circonvoisin, grâce à votre traitement. Aujourd'hui la déviation vertébrale est simple. A quoi est-elle due ? J'avais pensé comme vous à l'inégalité de la vue, mais en présence de l'examen ophthalmique, il a fallu renoncer à cette cause. L'œil droit a une acuïté visuelle aussi grande que le gauche ; il lit les caractères de 1 millimètre et travaille autant que son congénère. Dans le passé elle a eu de la kératite à droite plus qu'à gauche, mais les *crises* de kératite superficielle n'ont jamais duré longtemps. L'enfant n'est pas rachitique, elle a toujours eu une belle santé. »

Les quatre observations qui suivent ont pour caractère commun le mode d'apparition du déplacement survenu au milieu d'un cortége fébrile très-intense avec délire d'une heure à l'autre ; et toujours à la suite d'un refroidissement. L'une des jeunes malades était lymphatique, les trois autres de très-bonne constitution apparente ; toutes quatre extrêmement nerveuses. Chez l'une seulement, des accidents de rhumatisme articulaire aigu s'étaient montrés avant le torticolis ; mais dans les quatre cas les ascendants offraient des accidents manifestes d'arthritisme. Chez trois d'entre elles, des vésicatoires appliqués à

la nuque avaient aggravé le mal ; les autres procédés de traitement, topiques, cataplasmes, eaux minérales, n'ont donné aucun résultat. Les manipulations, les courants continus, l'hydrothérapie ont au contraire amélioré rapidement l'ensemble des jeunes malades, mais sans modifier le déplacement atloïdien, signe d'une ankylose rapide des surfaces déplacées.

Obs. VIII (déjà publiée). — Mlle X***, qui avait successivement consulté MM. Cazeneuve, Parise, Houzé, J. Guérin, Bouvier, Nélaton et en dernier lieu M. Verneuil, qui voulut bien me l'adresser en mai 1873, offrait une énorme déformation du cou et une roideur absolue des articulations. Je ne reconnus pas alors le siége précis de la lésion. Ce ne fut qu'après le traitement que, par la comparaison avec d'autres cas, je pus le constater. Une amélioration considérable fut obtenue et M. Cazeneuve voulut bien me faire connaître qu'elle se continuait plus d'un an après. L'inclinaison avait à peu près disparu, mais la face n'était pas dans le plan médian, quoique la rotation axoïdienne fût presque parfaite. J'ai publié ailleurs (1) les détails de cette observation, qui restent parfaitement exacts, bien que le diagnostic n'ait été que rétrospectif. Il est probable que, malgré l'amélioration obtenue, le déplacement atloïdien fera obstacle à une guérison parfaite.

Obs. IX. – Mlle Jeanne X***, âgée de douze ans, mère très-arthritique, père très-lymphatique, est affectée d'un torticolis ancien qui remonte à près d'une année et qui est survenu à la suite d'une promenade qui s'était terminée par une pluie d'orage. L'affection débute à la manière d'un torticolis ordinaire : l'enfant fut prise de douleur à la nuque, fièvre assez intense, impossibilité de communiquer ou de provoquer le moindre mouvement. Au bout de quelques jours la situation ne s'était pas modifiée, le médecin de la famille prescrivit un vésicatoire *loco dolenti*. L'effet en fut fâcheux ; les douleurs redoublèrent, l'inclinaison et la torsion s'aggravèrent et ce ne fut qu'au bout de plusieurs semaines que l'état aigu s'atténua. Lorsque, en mai 1874, M. le docteur Féréol et M. le professeur Verneuil voulurent bien me confier le traitement de cette enfant, sa situation était des plus pénibles et c'est à peine si elle permettait qu'avec les plus grandes précautions l'on touchât à son cou empâté, tordu et sur lequel une tête d'emprunt semblait posée. L'axe du visage formait avec celui du tronc un angle de 37 degrés. La tête était inclinée sur l'épaule droite par sa moitié postérieure, de sorte que la face était tournée à gauche et en haut. La moitié du visage du côté de l'inclinaison est normale, l'autre moitié est tuméfiée, agrandie, déformée ; en d'autres termes, il y aurait plutôt lieu dans ce cas d'admettre

(1) *Traitements orthomorphiques*, etc., p. 9, 1873, V. Masson

une hyperplasie primitive du côté relevé qu'une hypotrophie du côté de l'inclinaison, et cette remarque se retrouve dans d'autres observations que j'ai recueillies, bien qu'une interprétation opposée ait été donnée par M. Bouvier (1), qui croit à « un arrêt de développement » de l'une des moitiés de la face, ce qui est pour le moins excessif, car alors même que ce développement serait *ralenti*, il ne serait pas *arrêté*, comme dans les monstruosités.

Une courbure secondaire du rachis de peu de gravité s'était développée par suite de l'habitude contractée par Mlle X***, de porter l'épaule gauche au-devant de la tête de façon à l'y reposer ou du moins à diminuer la tension douloureuse des muscles de la nuque gauche véritablement tordue de gauche à droite.

L'examen du cou montrait le *coup de hache* à gauche et la tuméfaction spiroïde des apophyses transverses droites. L'apophyse mastoïde et l'apophyse transverse de l'atlas étaient confondues au sein d'une masse volumineuse musculaire, ganglionnaire et celluleuse et ce ne fut que quelques semaines après le début du traitement par les manipulations et les douches que l'on perçut un interligne qui ne laissa aucun doute sur la nature de la saillie atloïdienne.

Les muscles antérieurs du cou étaient flasques et volumineux à gauche ; à droite ils étaient tendus, raccourcis et semblaient être la cause active de la déformation. Mais quand on aidait la tête à se redresser, on s'apercevait aisément que dans ce cas, comme dans tous ceux de la même nature, l'obstacle au redressement était au niveau de l'articulation occipito-atloïdienne et des quatre suivantes ; les deux mastoïdiens entraient alors en jeu; le droit eût même cédé à l'action du gauche et la tête se fût redressée, si cette prétendue rétraction eût été la cause effective de la déformation.

Je n'insisterai pas sur les détails du traitement, qui fut poursuivi pendant six mois avec beaucoup de zèle d'après les principes exposés plus haut et repris à Blois par les soins de M. le docteur Derivière. L'amélioration fut tout d'abord considérable, mais le déplacement atloïdien ne fut pas modifié. La minerve à col de cygne et crémaillère, le lit à extension furent appliqués dans l'espoir d'aller plus loin ; on n'obtint point de résultats nouveaux et la tête resta déplacée. Mais les courbures secondaires ont disparu, les vertèbres cervicales, à l'exception de l'atlas, sont plus libres et l'attitude générale est satisfaisante. L'asymétrie faciale ne s'était point atténuée. M. le docteur Derivière, quelque temps après avoir reçu sa jeune cliente, me fit l'honneur de m'adresser la lettre suivante, qui exprime avec netteté l'état de la déformation :

« L'appareil est assez bien supporté, mais seulement en trois séances d'une demi-heure chacune ; mais aussitôt qu'elle l'a quitté, le menton et la tête reprennent une attitude vicieuse. Cependant il est visible que les mouvements de rotation ont une bien plus

(1) *Leçons cliniques sur les maladies du système locomoteur*, p. 79.

grande étendue et une meilleure souplesse, le coup de hache a disparu en partie. Cependant il existe au cou une dépression marquée à droite, les muscles latéraux et cervicaux droits ont perdu de leur roideur et se prêtent mieux à l'extension de la tête, mais ils ne sont pas suffisamment équilibrés. En résumé : mouvements de rotation beaucoup plus étendus et plus faciles, flexion et extension de la tête complètes, mais la déviation latérale droite des cinq premières vertèbres persiste encore... Il est évident pour moi que nous avons fait quelque progrès depuis que Mlle J*** vous a quitté, mais que la guérison complète, si tant est qu'elle doive survenir, ne peut avoir lieu qu'à la suite d'un temps très-long et d'exercices persévérants et intelligents.» (8 décembre 1874.)

J'ai pu, depuis, constater une nouvelle amélioration ; mais l'atlas reste immobile.

Obs. X. — Mlle Thérèse X***, âgée de douze ans, fut atteinte, en décembre 1874, d'un rhumatisme articulaire aigu du genou droit qui fut traité et rapidement guéri à l'aide d'un vésicatoire. Quelques jours plus tard, l'enfant fut prise de douleur à la nuque et un torticolis de médiocre intensité se produisit. Cependant la santé générale ne s'améliorant point, Mlle Thérèse, qui était au couvent, rentra dans sa famille. Vers le milieu de janvier 1875, le torticolis s'accentua, il survint une gêne extrême, de la déglutition, de la fièvre, du délire, etc. Un vésicatoire fut appliqué sur la nuque qui ne produisit aucun résultat avantageux. Peu à peu les accidents aigus se dissipèrent ; mais l'inclinaison de la tête à gauche et la torsion du visage à droite ne se modifièrent point et il survint de la danse de Saint-Guy assez intense, et l'on remarqua que l'asymétrie faciale se dessinita rapidement. En avril, M. le professeur Verneuil et M. le docteur Larcher voulurent bien me confier le traitement de Mlle Thérèse. La sensibilité très-vive de l'enfant, sa faiblesse, l'empâtement du cou ne permirent pas tout d'abord d'établir un diagnostic exact. Mais quand on eut obtenu à l'aide des manipulations, des courants et des douches, une amélioration suffisante pour que l'on pût sentir distinctement les saillies osseuses, il devint évident que le déplacement de l'atlas sur l'occipital était considérable et que *tous* les mouvements de la tête sur le cou se passaient dans les articulations atloïdo-axoïdiennes et dans les consécutives.

La gymnastique localisée, les courants et les douches avaient amélioré la nutrition, et Mlle Thérèse mettait et maintenait assez facilement la tête dans le plan médian, mais le haut du cou restait déformé. La danse de Saint-Guy guérit au bout de six semaines, mais il survint des épistaxis très-graves qui un moment compromirent les résultats acquis. Cependant les douches rétablirent promptement la nutrition générale, et quand au bout de trois mois de traitement l'enfant fut envoyée à Aix, sur l'avis de MM. Verneuil et Larcher, la santé générale était parfaite, mais l'atlas n'avait pas bougé. Les eaux d'Aix furent utiles à la santé

générale, mais malgré les *massages* les plus prolongés du cou, le déplacement paraît définitif. Cependant les résultats acquis sont tels que, sauf pour l'œil du médecin ou du peintre, il n'y a là qu'une attitude quelquefois recherchée par celles à qui elle n'est pas imposée.

En résumé, au point de vue pathologique, l'apparition successive des arthrites, de la danse de Saint-Guy, des épistaxis, nous donne tous les signes de la maladie rhumatismale aiguë, se localisant plus spécialement au niveau atloïdo-occipital.

Obs. XI. — Mlle Joséphine X***, âgée de onze ans, me fut adressée, sur l'avis de M. le professeur Dolbeau, par M. le docteur Bousquel (de Mehun-sur-Yèvre) au mois de juillet 1874. Cette jeune fille, étant en pension à Bourges, au mois de février 1874, sortant d'un bain pour aller au réfectoire, s'est probablement refroidie et a accusé le lendemain de la gêne dans la déglutition, sans lésions à la gorge ; cet état aurait duré deux ou trois jours, compliqué seulement d'un gonflement dans la partie antérieure du cou. Rentrée dans sa famille et soumise à l'examen du docteur Bousquel, voici, m'écrit cet honorable confrère, ce que j'ai constaté : « Grande agitation, pouls fébrile, tête fortement déviée à droite et inclinée à gauche, mouvements douloureux, gonflement du cou. Croyant avoir affaire à un torticolis simple, je me suis contenté du repos au lit avec application de cataplasmes laudanisés, embrocations huileuses, etc. ; mais au bout de quelques jours les symptômes se sont aggravés : trismus des mâchoires, empâtement du cou, déviation et inclinaison de la tête stationnaires ; cet état aigu, sans trop de réaction fébrile, a duré de deux à trois semaines avec douleurs atroces, surtout dans les filets nerveux de la septième paire, dentaire, frontal et auriculaire ; douleurs qui cédaient quelquefois à l'administration de 2 grammes de bromure de potassium par jour. Arrivé à la période subaiguë, j'envoyai l'enfant à Néris. L'action des eaux a ramené l'état aigu, qui s'est amélioré peu à peu sans que l'état local se modifiât. Une saison de vingt-cinq jours à Bourbon-Lancy a fortifié l'enfant et a amélioré l'inclinaison de la tête. »

L'empâtement cervical, l'extrême sensibilité de l'enfant, le degré exceptionnel de nervosisme et l'exagération même des courbures secondaires du rachis, évidemment liées à de la contracture qu'elle présentait, ne me permirent pas à cette époque d'établir un diagnostic exact et me firent croire que j'avais affaire à une contracture rhumatismale ou hystérique. Je crus pouvoir annoncer une guérison en quatre ou cinq mois de traitement par les douches, les courants continus et les manipulations. En effet, les choses marchèrent à souhait pendant les deux premiers mois d'un traitement, qui fut admirablement supporté ; mais à mesure que le cou se dégageait, je pus constater que je m'étais mépris et qu'il existait au niveau, au-dessous de l'apo-

physe mastoïde, une saillie osseuse qui ne pouvait être que l'apophyse transverse droite de l'atlas, tandis que du côté opposé il existait un sillon profond au fond duquel on sentait une surface osseuse lisse qui était sans doute la lame de l'axis. Mon pronostic se trouvait donc erroné. Cependant l'enfant, d'ailleurs fort indocile, n'ayant pas voulu rester plus longtemps séparée des siens, le traitement fut brusquement interrompu, elle rentra dans sa famille et M. le docteur Bousquel voulut bien me donner son appréciation dans les termes suivants :

« Vous me demandez les résultats de votre traitement... Je m'empresse de vous dire que je suis émerveillé de l'amélioration que vous avez obtenue dans ces deux mois ; la taille, qui pour la mère est toute sa maladie, est, me dit-elle, presque guérie ; la tête est bien moins inclinée à gauche, ses mouvements de rotation bien plus étendus ; le menton, à peu de chose près, peut arriver dans l'axe, à la condition cependant que, pour atteindre ce résultat, la tête s'incline à gauche, au point que le bord du maxillaire inférieur ne se trouve plus sur un plan horizontal; le *coup de hache* à gauche, quoique amélioré, est encore assez prononcé. J'ai pu constater la tumeur qui existe à droite au niveau de l'apophyse transverse de l'atlas. En résumé, je puis constater que l'amélioration du mois d'août est relativement bien plus grande que celle de juillet ; si celle de septembre lui était proportionnelle, je suis convaincu que cette enfant toucherait sous peu à une guérison certaine. »

Malheureusement cette espérance ne se réalisa point sans encombre. Une série d'accidents nerveux indépendants du torticolis retardèrent les suites de cette première amélioration, et pendant quelques semaines il semblait que toute amélioration fût perdue. L'excellent docteur Bousquel s'attacha avec ardeur à ce traitement et me fit l'honneur, tout récemment, de me donner les renseignements suivants :

(6 *novembre* 1875.) « L'état général de Mlle X*** est parfait : son poids, qui était de 64 livres, est arrivé aujourd'hui à 98. Sa taille s'est élevée à 1^{m},60. Le système musculaire n'est pas resté en retard. Très-grande amélioration locale... L'attitude de la tête est bien meilleure ; les mouvements en sont plus étendus, plus libres ; l'inclinaison sur l'épaule gauche a presque disparu ; la tête est droite, mais déviée à droite. Si l'enfant veut regarder à gauche, la tête ne pivote pas sur l'atlas, elle s'incline sur l'épaule gauche... la scoliose de compensation a disparu ; les deux épaules si inégales sont à peu près de niveau ; *cette tumeur dure au niveau de l'apophyse transverse de l'atlas et de l'axis à droite est tout à fait fondue*. On n'en trouve aucune trace ; la scoliose cervicale s'améliore aussi ; le coup de hache si prononcé est presque imperceptible. Les muscles du côté gauche se développent ; le sterno-mastoïdien droit est toujours flasque, c'est à peine s'il se contracte faiblement quand on tourne la tête à gauche. On le dirait paralysé. Je suis porté à croire que c'est le défaut d'énergie

de contraction de ce côté qui empêche de ramener la tête dans la ligne médiane; après le massage, cela est possible, mais quelques heures plus tard la roideur des muscles gauches s'y oppose. Il me semble que si l'articulation occipito-atloïdienne était ankylosée, je ne pourrais pas ramener la tête dans la ligne médiane... »

Dans la suite de sa lettre, M. le docteur Bousquel dit s'être trouvé bien d'une saison à Néris et n'avoir pas négligé un seul jour pendant une année de pratiquer les manipulations telles que je les lui avais enseignées. J'avoue que je n'espérais pas, en écrivant à M. Bousquel, d'aussi bons renseignements, et malgré toute la science de mon confrère je suis porté à mettre en doute la disparition *complète* de la saillie apophysaire de l'atlas. S'il en était autrement, si la tête revenait réellement dans le plan médian du corps, si la réduction était obtenue, M. Bousquel, grâce à sa patience, aurait réussi là où j'ai jusqu'à ce jour échoué, peut-être faute d'un traitement suffisamment long.

Résumé et conclusions. — 1° Les déformations articulaires du cou sont liées à des affections primitivement articulaires. Elles ne sont pas produites par des contractures ou par des spasmes fonctionnels des muscles ;

2° Les attitudes vicieuses de la tête sur le cou peuvent être dues à l'action musculaire, mais elles ne produisent pas de déformations permanentes ni même de roideurs articulaires ;

3° L'hypothèse de rétractions musculaires actives, comme cause, est, quant au torticolis articulaire, dénuée de fondements ; de même, au surplus, qu'à l'égard du pied bot et des scolioses ;

4° Le torticolis musculaire, de même qu'un certain nombre de torticolis spasmodiques, guérissent par l'une des méthodes de traitement qui s'adressent principalement aux muscles : électricité, gymnastique localisée, mouvements communiqués, etc.;

5° Le torticolis articulaire qui détermine des lésions musculaires consécutives ne peut guérir que par un traitement qui a les articulations pour objectif, c'est-à-dire qui rétablit les rapports normaux des surfaces articulaires, détruit les adhérences vicieuses et permet aux muscles de reprendre leur action légitime sur les mouvements des vertèbres : les manipulations associées aux moyens précédents ;

6° Il existe une espèce très-caractéristique de torticolis qui a pour origine un déplacement de l'atlas sur les condyles occipitaux. Dans cette forme, l'ankylose paraît se produire rapidement dès les deux premiers mois et résister aux procédés qui réus-

sissent sur d'autres segments de la colonne cervicale, à lésions d'ancienneté égale ;

7° Il importe au plus haut point, dans les cas de torticolis aigus, d'assurer dès le début une attitude normale de la tête sur l'atlas et de la maintenir par tous les procédés possibles, afin de parer aux éventualités d'un déplacement atloïdien.

Paris. Typographie A. Hennuyer, rue d'Arcet, 7.

DU MÊME AUTEUR

THÉRAPIE

Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel. Thèse inaugurale pour le doctorat. Paris, 1859.

De l'état présent des doctrines médicales. Paris, Victor Masson et fils, 1860.

De l'hygiène appliquée à la thérapeutique. (*Presse scientifique des Deux-Mondes*, novembre 1860.)

De l'emploi de l'électricité en médecine. (*Presse scientifique des Deux-Mondes*, octobre 1861.)

Leçons de thérapeutique générale faites à l'École pratique en novembre et décembre 1861. (*Moniteur des sciences médicales*, avril et juin 1862.)

Des manipulations thérapeutiques (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. IV, 2e partie.)

Sur la nécessité de l'éducation physique et sur l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques. Victor Masson et fils, 1871.

Des ressources nouvelles de l'orthopédie physiologique. Victor Masson et fils, 1872.

Remarques sur l'étiologique et le traitement des luxations coxo-fémorales. (*Bulletin de thérapeutique*, avril et mai 1872.)

Des éléments physiques de la thérapie. (*Mémoires de la Société de thérapeutique*, 1873.)

Traitements orthomorphiques (1871 - 1873). Paris, 1874. G. Masson.

Traitement méthodique des hypotrophies et des atrophies. Paris, 1874. G. Masson.

Paris. — Typographie A. Hennuyer, rue d'Arcet, 7